

ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения	:	_____
Название дела	:	_____
Номер Имя работника	:	_____
Номер	:	_____
Телефон	:	_____
Адрес	:	_____

(ADDRESSEE)



Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрации штата: Если вы считаете, что это неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Возможно ваши пособия не изменятся, если вы попросите о слушании до того, как эти изменения вступят в силу.

Сумма месячной денежной помощи

Секция А. Исчисляемый доход за месяц

Общий доход от предприятия \$ _____

Расходы предприятия:

a. Стандартные 40% - _____

ИЛИ

b. Реальные - _____

Чистый доход от работы на себя = _____

Итого доход по нетрудоспособности (группа, получающая помощь, + лица, не относящиеся к этой группе) \$ _____

Скидка \$225 - _____

Учитываемый доход по нетрудоспособности = _____

ИЛИ

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 = _____

Итого заработанный доход \$ _____

Чистый доход от работы на себя (с линии сверху) + _____

Промежуточный итог = _____

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 (с линии сверху) - _____

Промежуточный итог = _____

Скидка с заработанного дохода 50% - _____

Промежуточный итог = _____

Учитываемый доход по нетрудоспособности (с линии сверху) + _____

Остальной учитываемый доход от (группа, получающая помощь, + лица, не относящиеся к этой группе) + _____

..... + _____

Чистый исчисляемый доход = _____

Секция В. Ваша денежная помощь за месяц = _____

1. Максимально разрешенная помощь для _____ человек (группа, получающая помощь, + лица, не относящиеся к этой группе) \$ _____

2. Особые потребности (группа, получающая помощь, + лица, не относящиеся к этой группе) + _____

3. Чистый исчисляемый доход с секции А = _____

4. Промежуточный итог = _____

5. Максимально разрешенная помощь для _____ человек (только группа, получающая помощь) (исключение: максимальная помощь на семью или оштрафованные лица) \$ _____

6. Особые потребности (только группа, получающая помощь) + _____

7. Промежуточный итог от максимально разрешенной помощи = _____

8. **Промежуточный итог помощи за полный месяц** (наименьшая сумма с линии 4 или 7) = _____

9. Линия 8 распределена пропорционально на часть месяца = _____

10. Поправки: Штраф 25% из-за алиментов на содержание детей = _____

Переплата = _____

Штрафы программы Cal-Learn* = _____

Премия программы Cal-Learn + _____

11. **Сумма месячной денежной помощи** (линия 8 или 9 с поправкой) = _____

* Общеобразовательная программа Калифорнии для лиц до 19 лет, имеющих своих детей и получающих денежную помощь

Medi-Cal: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните Вашу(и) пластиковую(ые) карточку(и), удостоверяющую(ие) пособия.** Вы получите отдельное извещение о любых изменениях льгот по программе Medi-Cal.

Талоны на питание: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы программы талонов на питание. Вы получите отдельное извещение о любых изменениях льгот по программе талонов на питание.

Получение только льгот программы Medi-Cal и/или талонов на питание НЕ учитывается при определении лимита времени программы денежной помощи.

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: MPP 44-100; 44-314; 44-315